介護予防支援契約書

○○○○○○(利用者名)(以下「甲」といいます。)と○○○○○○(指定介護予防支援事業者)(以下「乙」といいます。)は、乙が甲に提供する指定介護予防支援について、次のとおり契約を締結します。

(契約の目的)

第１条　乙は、介護保険法令の趣旨及びこの契約書に従い、甲が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むために、甲の選択に基づいて必要なサービス等が適切に利用できるよう、介護予防サービス・支援計画を作成します。また、当該計画に基づいて、適切に介護予防サービス等の提供が確保されるようサービス事業者及び関連機関との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

(契約期間)

第２条　この契約の期間は、令和○○年○○月○○日から令和○○年○○月○○日までとします。

２　上記の契約期間の満了日の７日前までに甲から契約終了の申出がないときは、この契約は有効期間の満了日の翌日から１年間自動更新することとし、以後も同様とします。

３　契約期間中に、介護予防サービス・支援計画の変更によって介護予防ケアマネジメントの対象となった場合は、この契約を一時中止します。同期間中に、再び同計画の変更によって介護予防支援の対象となった場合は、契約を再開するものとします。

(介護予防サービス・支援計画の作成)

第３条　乙は、乙に属する担当職員を別紙のとおり担当者として指定し、介護予防サービス・支援計画の作成に関する業務を担当させるものとします。

２　担当者は、介護予防サービス・支援計画の作成に当たり、次の各号に定める事項を遵守します。

(1)　当該地域における指定介護予防サービス事業者、指定介護予防地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者その他の者（以下「指定介護予防サービス事業者等」といいます。）に関するサービスの内容、利用料等の情報を公平かつ適正に甲又はその家族に対して提供し、甲にサービスの選択を求めるものとします

(2)　甲について、その生活機能の状況や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、甲及び甲の家族の意欲、意向を踏まえて、甲が現に抱えている問題点を明らかにするとともに、介護予防サービス等の効果を最大限に発揮し、甲が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握します。

(3)　前号の課題の把握にあたっては、甲の居宅を訪問し、甲及び甲の家族に面接して行います。

(4)　甲が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、甲及び甲の家族の意向を踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、甲及び指定介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。

(5)　 前号で作成した介護予防サービス・支援計画原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付等の対象となるかどうかを区分した上で、サービスの種類、内容、利用料等について、甲から文書による同意を受けるものとします。

(介護予防サービス・支援計画作成後の便宜の供与)

第４条　担当者は、介護予防サービス・支援計画の作成後において、次の各号に定める事項を遵守します。

(1)　介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握を行い、介護予防サービス・支援計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

(2)　介護予防サービス・支援計画に位置付けた支援の期間が終了するときは、介護予防サービス・支援計画の達成状況について評価します。

(3)　甲及び甲の家族との連絡を継続的に行います。

(4)　甲の意向を踏まえ、要介護認定等必要な援助を行います。

(料金)

第５条　乙の提供した指定介護予防支援に要した費用については、介護保険法第５８条第４項の規定に基づいて、乙が受領(法定代理受領)する場合は、甲の自己負担はありません。

２　前項の規定に関わらず、甲の介護保険料の滞納等により、乙が法定代理受領をできない場合は、指定介護予防支援に要した費用について、甲が下記に定める額を負担します。

３　前項の場合において、乙は当該指定介護予防支援に要した費用等を記載した指定介護予防支援提供証明書を甲に交付します。

※指定介護予防支援に要する費用を記載する。

(契約の終了)

第６条　次の各号のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

(1)　甲が死亡したとき

(2)　甲が要介護者（要介護１～５）に該当すると認定されたとき

(3)　甲が要介護者、要支援者又は事業対象者のいずれにも該当しないと認定されたとき

(4)　甲が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用介護予防居宅介護費を算定する場合を除く。）又は介護予防認知症対応型共同生活介護（介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く。）の利用を開始したとき

(甲の解約権)

第７条　甲は、この契約の有効期間中、この契約を解約することができます。この場合には、契約終了を希望する日の７日前までに乙に通知するものとします。

２　甲は、次の各号に乙が該当する場合には、直ちに契約を解約することができます。

(1)　乙が、正当な理由なく、介護保険法令及びこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠ったとき

(2)　乙が第１０条に定める守秘義務に違反したとき

(3)　乙が故意又は過失により甲及び甲の家族の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他この契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(乙の解除権)

第８条　乙は、甲が以下の事項に該当する場合に、この契約を解除することができます。

(1)　 指定介護予防支援の提供にあたり、甲が心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知などを行い、その結果、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(2)　甲が故意又は重大な過失により事業者若しくは担当者の生命・身体・財産・信用等を傷付け、又は著しい不信行為を行うことなどによってこの契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(損害賠償)

第９条　乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、事故が発生したときは、速やかに甲、甲の家族及び市町村関係窓口に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

２　乙は、甲に対するサービスの提供に伴って、乙の責めに帰すべき事由により、甲に損害を及ぼしたときは、速やかに甲に対して損害を賠償します。但し、甲又は甲の家族に重大な過失があるときは、賠償額を減額することができます。

(秘密保持)

第１０条　乙及び乙の職員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供に当たって知り得た甲又は甲の家族に関する秘密を漏らしません。

２　乙は、乙の職員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族に関する秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

３　乙は、甲又は甲の家族に関する個人情報を用いる場合、甲又は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いません。

(記録の整備)

第１１条　乙は、甲に対する指定介護予防支援の実施について記録を作成し、その完結の日から２年間（広島市指定居宅サービス事業設備基準等条例に定めのあるものは５年間）保管します。

２　甲は、前項の記録を閲覧することができるとともに、その複写物の交付を受けることができます。

３　乙は、甲が要介護認定を受けた場合その他甲から申出があった場合は、甲に対し、直近の介護予防サービス・支援計画及びその実施状況に関する書類を交付します。

(苦情の処理)

第１２条　乙は、その提供した指定介護予防支援又は介護予防サービス・支援計画に位置付けた指定介護予防サービス等に対する甲又は甲の家族からの苦情に迅速かつ適切に対応します。

(協議)

第１３条　この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令に定めるところを遵守し、甲、乙が誠意をもって協議した上で決定するものとします。

(裁判管轄)

第１４条　甲と乙は、この契約に関して、訴訟の必要が生じた場合には、甲の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

この契約の締結を証するため、本書２通を作成し、当事者双方記名押印の上、各自１通を保有するものとする。

令和○○年○○月○○日

甲（サービス利用者）　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

（代理人）　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　甲との関係

乙（指定介護予防支援事業者）　　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（広島市長指定第○○○○号）

(契約書別紙)

１　乙の事業所の指定介護予防支援業務に関する担当者は以下の者とします。

担当者氏名 　　　　　 　　　　連絡先

令和○○年○○月○○日

甲（サービス利用者）　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

（代理人）　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　甲との関係

乙(指定介護予防支援事業者）　 所在地

　　　　　　　　　　　　　　法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（広島市長指定第○○○○号）